

А.В. Цыган¹, Н.Н. Баурова¹, Ю.Б. Шульман²,
Е.Н. Цыган¹, В.В. Тыренко¹, В.К. Шамрей¹

Особенности психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Установлено, что уровень качества жизни у пациентов с ревматоидным артритом снижается вне зависимости от проводимой медикаментозной терапии. При этом уровень депрессии пациентов с ревматоидным артритом не зависит от получаемой медикаментозной терапии, активности, стадии, степени функциональной недостаточности суставов, что подтверждает представление о ревматоидном артрите как о классическом варианте психосоматического заболевания. Показано, что пациенты с ревматоидным артритом, принимавшие метотрексат + инфликсимаб оценивают свое состояние лучше, чем пациенты получавшие монотерапию метотрексатом. Это в значительной степени обусловлено выраженностью и быстротой наступления противовоспалительного эффекта биологической терапии.

Ключевые слова: психоэмоциональный статус, ревматоидный артрит, тревога, депрессия, качество жизни, метотрексат, инфликсимаб.

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита (синовита) и системным воспалительным поражением внутренних органов [18]. Ревматические заболевания (РЗ) занимают одно из первых мест по степени негативных последствий для здоровья населения страны. Актуальность изучения РЗ определяется постоянно увеличивающейся их распространенностью во всех возрастных группах, склонностью к хронизации и неуклонному прогрессированию, ведущими к снижению дееспособности, ранней инвалидизации пациентов и увеличению их в популяции [12]. Распространенность РА в среднем составляет 1% (от 0,6% до 1,4%). Пик заболеваемости приходится на возрастной период 40–50 лет. Женщины болеют в 2–5 раз чаще мужчин [18].

В ряду триггерных факторов развития РЗ в последние годы все большее значение придается стресспровоцирующим [11] (семейные проблемы, служебные и финансовые трудности), однако к настоящему времени существует крайне ограниченное число исследований, посвященных данной проблеме. РА ограничивает функциональные возможности пациентов в бытовой и профессиональной деятельности, ухудшая психоэмоциональное состояние. Хроническое РЗ рассматривается как самостоятельный постоянный стрессовый фактор, вызывающий необходимость адаптации пациента к жизни в условиях болезни и её последствий, так как затрагиваются различные аспекты жизни, работы, экономического положения, семейных и социальных взаимоотношений, психологического статуса [7].

Социальное значение РА обусловлено различными причинами: 33% больных, работающих к моменту начала заболевания, вынуждены оставить работу в течение последующих 5 лет; смертность больных РА выше в 2,5 раза по сравнению с лицами того же пола и возраста, не страдающих этим заболеванием; РА сокращает продолжительность жизни пациентов на 5–10 лет; выживаемость при РА сопоставима с болезнью Ходжкина, сахарным диабетом, инсультом [1].

Медикаментозное лечение РА длится многие годы, иногда сопровождается побочными эффектами, в том числе в виде изменения внешности, физического дискомфорта, нарушений сна, эмоциональной лабильности. Преморбидные особенности личности позволяют одним пациентам достаточно спокойно адаптироваться к новым условиям жизни, а у других способствуют развитию целого ряда психопатологических состояний, требующие не только психологической, но и медикаментозной коррекции [10, 14–16].

Нередкими являются и депрессивные расстройства, протекающие за маской основного заболевания (соматизированные депрессии), а потому не всегда своевременно распознаваемые [3]. Диагностика депрессии при РА сложна, так как некоторые ее проявления «совпадают» с симптомами заболевания: хроническая усталость, потеря массы тела, бессонница, ухудшение аппетита. В связи с этим необходимы дополнительные методики обследования больных, позволяющие своевременно выявлять характер и выраженность депрессивных расстройств у больных РА [14–16].

Формируется порочный круг: болевой синдром, обусловленный возбуждением рецепторов в суставе

и прилежащих мышцах, приводит к рефлекторному болезненному состоянию напряжения. Эмоционально повышенный мышечный тонус скелетных мышц или туловища обуславливает повышенную сенсомоторную возбудимость. Эмоционально напряженные события способны спровоцировать обострение заболевания. Психические нагрузки включают, прежде всего, кризис в межличностных отношениях, смерть близких людей, проблемы личного авторитета и брака. Внешняя причина вызывает внутреннюю напряженную агрессию, которая подавляется больным. Разрешение агрессивных импульсов представляет собой комбинацию повышенного самоконтроля и «благотворительной» тирании над другими. Так, матери, страдающие РА, склонны строго контролировать почти все двигательные проявления у своих детей [11]. У больных РА, наряду с поражением опорно-двигательного аппарата и вовлечением в патологический процесс различных систем организма, наблюдаются полиморфные клинические проявления невротического уровня с преобладанием аффективных и астенических нарушений. Это обуславливает необходимость проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включающих наряду с традиционным лечением проведение психофармако- и психотерапии [5]. Однако на практике этому аспекту не уделяется должного внимания ввиду ориентированности прежде всего на лечение собственно РА, с целью замедления прогрессирования заболевания и достижения клинко-лабораторной ремиссии. Психотерапия и психофармакотерапия применяются крайне редко и не рассматриваются как обязательные компоненты в лечении РА.

Цель исследования. Изучить особенности психоземotionalного статуса больных РА.

Материалы и методы. Обследовано 36 пациентов: 27 женщин и 9 мужчин, с критерияльно обоснованным диагнозом РА (ACR, 1997). Больные были разделены на две группы.

В I группу вошли 13 женщин и 5 мужчин (средний возраст женщин – 56,5±10,1 лет, мужчин – 54,8±15,1 лет). Длительность заболевания РА варьировала от 6 месяцев до 24 лет (средняя длительность – 4,6 года). Серопозитивность выявлена у 14 больных (77,8%). Преобладали пациенты с I (33,3%) и II (50%) степенями активности; II (50%) рентгенологической стадией; I (44,4%) и II (44,4%) степенями функциональной недостаточности суставов. В качестве базисной терапии пациенты I группы получали метотрексат (10–15 мг/нед.), «золотой» стандарт базисной терапии РА, направленной на замедление прогрессирования заболевания.

Во II группу вошли 14 женщин и 4 мужчин (средний возраст – 47,6±13,1 и 55,7±10,7 лет соответственно). Длительность заболевания РА варьировала от 1 до 21 года (средняя длительность 3,8 года). У всех больных выявлена серопозитивность. Преобладали пациенты с I (33,3%) и II (55,5%) степенями активности; II

(44,4%) и III (38,8%) рентгенологическими стадиями; II (77,8%) степени функциональной недостаточности суставов.

В качестве базисной терапии больные II группы принимали метотрексат (7,5–10 мг/нед.) и инфузии инфликсимаба (300 мг внутривенно, первое введение). Инфликсимаб (препарат генно-инженерной биологической терапии, ингибитор ФНО-альфа) снижает экспрессию факторов, поддерживающих активность заболевания, что результируется быстро развивающимся положительным клинко-лабораторным эффектом в лечении РА. Сочетание метотрексата с инфликсимабом признано наиболее эффективным [9].

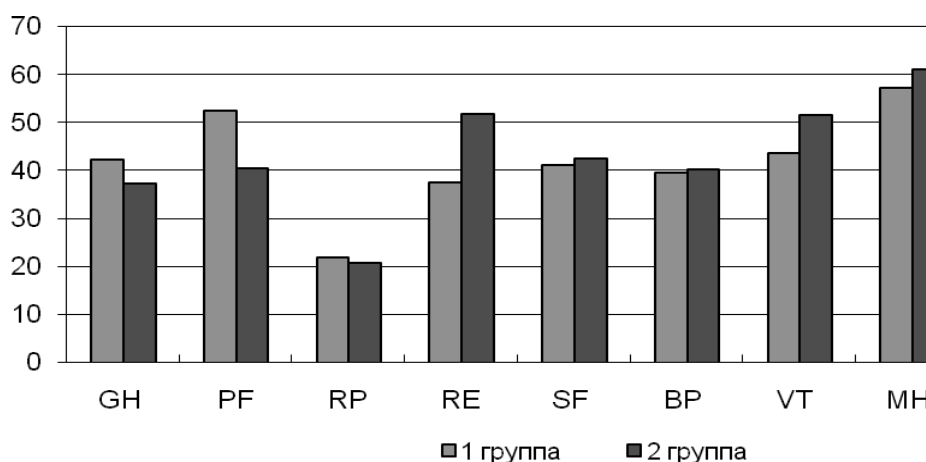
Всем пациентам проводились общеклинические (сбор жалоб, анамнез, объективное обследование) и лабораторные исследования, рентгенография суставов. Психоземotionalный статус исследовали с помощью опросника оценки качества жизни (КЖ) SF-36, шкалы Цунга для определения уровня тревоги и депрессии, опросника MINI-MULT и ТОБОЛ (определение преобладающего типа отношения к болезни) [6, 13, 17, 18].

При статистической обработке данных использовались среднегрупповые значения, дисперсия, стандартное отклонение. При распределении признака, отличающегося от нормального, применяли непараметрический U-критерий Манна – Уитни. Для окончательных выводов рассматривались результаты на уровне достоверности ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что КЖ (психическое здоровье) больных I и II групп, судя по шкалам опросника SF-36, соответствует среднему уровню (рис. 1).

Выявлено, что показатели шкалы PF не превышают 52,5%, что свидетельствует о значительном ограничении физической активности пациентов с РА состоянием здоровья (ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т.д.). При этом отмечено выраженное снижение показателя шкалы RP. У всех обследованных данный показатель не более 21%, что указывает на значительное ограничение повседневной деятельности физическим состоянием больных с РА. Результат согласуется с характеристиками групп по параметрам степени активности и рентгенологической стадии заболевания, степени функциональной недостаточности суставов. Социальное функционирование не превышает 43%, что указывает на значительное ограничение социальных контактов пациентов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Все это объясняется тем, что физическая активность (повседневная деятельность), а также низкий уровень общения пациентов с РА значительно ограничиваются состоянием здоровья вследствие хронического, неуклонно прогрессирующего течения заболевания. Низкая оценка КЖ, которую дают пациенты, вероятно, связана и с характерологическими осо-



Шкалы: GH – общее состояние здоровья; PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; SF – социальное функционирование; BR – интенсивность боли; VT – жизненная активность; MN – психическое здоровье.

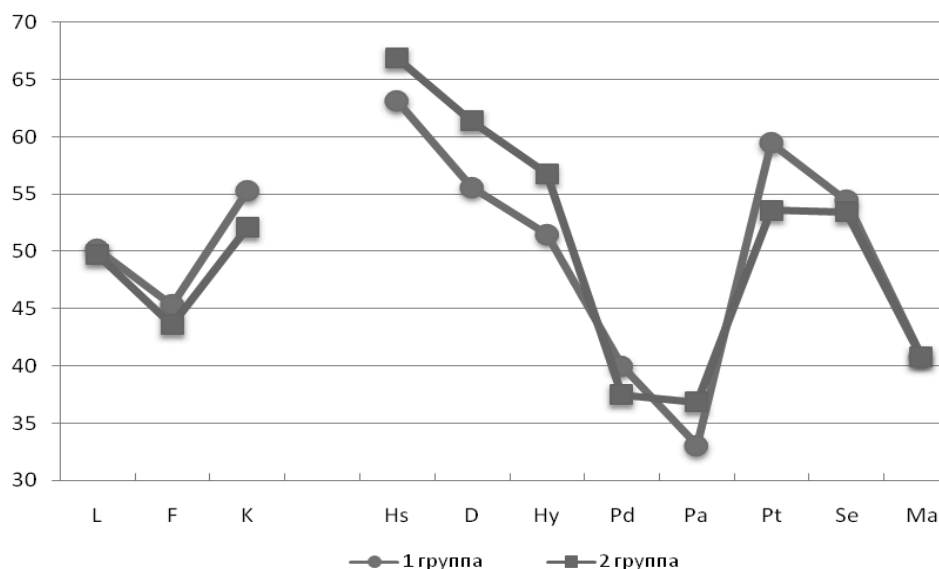
Рис. 1. Показатели качества жизни пациентов с РА, %

бенностями (сверхсовестливость, обязательность, склонность к подавлению агрессивных и враждебных импульсов, сильная потребность к самопожертвованию, сверхнравственное поведение).

Сравнительный анализ усредненных профилей MINI-MULT пациентов I и II групп представлен на рисунке 2.

Выявлено, что в обеих группах почти все показатели шкал опросника MINI-MULT находятся в пределах нормальных значений (40–70 баллов), при этом отмечается тенденция повышения показателей по шкалам Hs, D, Hy.

В таблице 1 представлены различия исследуемых показателей в группах по U-критерию Манна–Уитни.



Шкалы: L – ложь; F – достоверность; K – коррекция, Hs – ипохондрия; D – депрессия («пессимистичность»); Hy – истерия («эмоциональная лабильность»); Pd – психопатия («импульсивность»); Pa – паранойя («ригидность»); Pt – психастения («тревожность»); Se – шизоидность («индивидуалистичность»); Ma – гипомания («оптимистичность»).

Рис. 2. Усредненные личностные профили по опроснику MINI-MULT пациентов с РА, получающих различную фармакотерапию, балл

Различия показателей шкал опросника MINI-MULT в группах по непараметрическому U-критерию Манна – Уитни

Группа	L	F	K	Hs	D	Hu	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
I	50±3,1	45±2,7	55±1,9	63±3,1	55±3,3	51±3,3	40±1,6	40±1,6	59±2,1	54±1,5	54±1,5
II	50±3,5	44±2,6	52±2,3	67±2,3	61±3,5	57±3,1	37±2,7	37±3,7	61±2,1*	53±2,5	41±2,1

Примечание: * – различия между I и II группами, $p < 0,05$.

Наиболее высокое значение ипохондрии отмечено во II группе (67±2,3), принимающей препараты метотрексат + инфликсимаб, немного ниже в I группе – (63±3,1), принимающей метотрексат. Это указывает на «близость» испытуемых к астено-невротическому типу, для которых характерны унылость, меланхоличность, тоскливость. Кроме того, во II группе преобладали пациенты, у которых были показания к биологической терапии – неуклонное прогрессирование заболевания, персистенция активности и неэффективность стандартной терапии, что само по себе не могло не найти отражения в изменении психоэмоционального статуса.

Более высокие значения показателей шкал депрессии (61±3,5), истерии (57±3,1), психастении (61±2,1) свидетельствуют о чувствительности, сенситивности пациентов, склонности к тревогам, причиной которых могут быть ситуации, связанные с болезнью, когда нарушаются обычный ход жизни, а перспективные планы неопределённые. Для таких пациентов характерны неустойчивость, лабильность эмоций, неустойчивость самооценки и настроения. У них преобладают пассивно страдательная позиция, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность и подвластность средовым воздействиям, повышенная чуткость к опасности. Имеет место неопределенность в ожидании позитивных перемен на фоне лечения, их длительности, возможности продолжения данной терапии, развития событий в случае отсутствия ожидаемого эффекта или прерывания результативного лечения: тревога длительно болеющего человека за свое будущее.

В психоэмоциональном статусе пациентов I и II групп с РА, которые не зависели от длительности, стадии заболевания и возраста больных, проводимой терапии, можно выделить определенные особенности: унылость, меланхоличность, тоскливость.

Кроме того, психоэмоциональные особенности пациентов с РА обусловлены хроническим прогрессирующим характером заболевания, в ряде случаев с персистенцией воспалительной активности, ухудшением состояния здоровья и функциональных возможностей, тревожностью в связи с перспективами развития болезни, несмотря на проводимую лекарственную терапию.

У 2/3 пациентов I группы был выявлен гармоничный тип отношения к болезни, у 1/3 – тревожный тип. Последний характеризовался непрерывным бес-

покойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиском новых способов, жадной дополнительной информации о болезни, выраженным интересом к объективным данным о заболевании: настроение тревожное.

Во II группе преобладал гармоничный тип отношения к болезни. Он характеризовался трезвой оценкой состояния здоровья, без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни; стремлением во всем активно содействовать успеху лечения; нежеланием обременять других тяготами ухода за собой.

Таким образом, пациенты, получающие метотрексат + инфликсимаб (II группа), лучше оценивают свое состояние, чем пациенты, получающие монотерапию метотрексатом (I группа). Это объясняется быстрым и мощным положительным эффектом получаемой медикаментозной (метотрексат + инфликсимаб) терапии, что дает пациентам II группы надежду на будущее.

Величины уровня выраженности депрессии по шкале Цунга в зависимости от серопозитивности по ревматоидному фактору (РФ), наличия или отсутствия системных проявлений, представлены в таблице 2, в зависимости от рентгеновской стадии – в таблице 3, степени активности и функциональной недостаточности суставов (ФНС) – в таблице 4.

Установлено, что уровень депрессии пациентов с РА не зависел от получаемой медикаментозной терапии, наличия или отсутствия системных про-

Таблица 2

Уровень депрессии в I и II группах больных РА в зависимости от серопозитивности по ревматоидному фактору (РФ), наличия и отсутствия системных проявлений, балл (% больных)

Показатель	Группа	
	1	2
Серопозитивность по РФ	48 (77,8)	43 (100)
Серонегативность по РФ	46 (22,2)	–
Наличие системных проявлений	46 (72,2)	42 (66,6)
Отсутствие системных проявлений	49 (27,8)	44 (44,4)

Таблица 3

Уровень депрессии в I и II группах больных РА в зависимости от рентгеновской стадии, балл (% больных)

Группа	Рентгеновская стадия			
	I	II	III	IV
1	48 (16,7)	48 (50)	46 (16,7)	46 (16,7)
2	–	42,5(44,4)	45(38,8)	40(16,8)

Таблица 4

Уровень депрессии в I и II группах больных РА в зависимости от степени активности и от ФНС, балл (% больных)

Группа	Степень активности		
	I	II	III
1	49 (33,3)	47 (50)	43 (16,7)
2	46 (33,3)	43 (55,5)	43 (12,2)
Группа	ФНС		
	I	II	III
1	48 (33,3)	48 (50)	42 (16,7)
2	42 (33,3)	44 (55,5)	35 (12,2)

явлений, серопозитивности или серонегативности по РФ, активности, стадии, степени ФНС. Вероятно, это подтверждает суждение о том, что РА как хроническое прогрессирующее аутоиммунное системное ревматическое заболевание – классический вариант психосоматического заболевания [10].

Величины уровня выраженности тревоги по шкале Цунга в зависимости от серопозитивности по РФ, наличия или отсутствия системных проявлений представлены в таблице 5, в зависимости от рентгенологической стадии – в таблице 6, от степени активности и ФНС – в таблице 7.

Таблица 5

Уровень тревоги в I и II группах больных РА в зависимости от серопозитивности по ревматоидному фактору (РФ), наличия и отсутствия системных проявлений, балл (% больных)

Показатель	Группа	
	1	2
Серопозитивность по РФ	0,52 (77,8)*	0,52 (100)*
Серонегативность по РФ	0,54 (22,2)*	–
Наличие системных проявлений	0,53 (72,2)*	0,54 (66,6)*
Отсутствие системных проявлений	0,52 (27,8)*	0,49(44,4)

Примечание: * – уровень тревоги соответствует средней степени тяжести.

Таблица 6

Уровень тревоги в I и II группах больных РА в зависимости от рентгеновской стадии, балл (% больных)

Группа	Рентгеновская стадия			
	I	II	III	IV
1	0,5 (16,7)	0,51 (50)*	0,55 (16,7)*	0,59 (16,7)*
2	–	0,47 (44,4)	0,53 (38,8)*	0,6 (16,8)*

Примечание: * – уровень тревоги соответствует средней степени тяжести.

Таблица 7

Уровень тревоги в I и II группах больных РА в зависимости от степени активности и от ФНС, балл (% больных)

Группа	Степень активности		
	I	II	III
1	0,52 (33,3)*	0,52 (50)*	0,55 (16,7)*
2	0,51 (33,3)*	0,5 (55,5)	0,57 (12,2)*
Группа	Степень ФНС		
	I	II	III
2	0,53 (33,3)*	0,52(50)*	0,55(16,7)*
2	0,55 (33,3)*	0,5 (55,5)	0,57 (12,2)*

Примечание: * – уровень тревоги соответствует средней степени тяжести.

Выявлено, что пациенты I и II групп склонны к тревоге. Однако у больных II группы тревога выражена слабее по критерию ФНС и рентгенологической стадии. Возможно, это говорит о том, что пациенты данной группы, принимающие базисную терапию – метотрексат + инфликсимаб, адекватно реагируют на проводимую терапию, быстрее достигают желаемых результатов, тем самым уменьшая уровень тревоги.

В целом, уровень тревоги не зависел от активности, стадии, степени функциональной недостаточности суставов, пола и возраста пациентов в исследуемых группах.

Заключение. Показано, что у пациентов с РА значительно снижен уровень КЖ вне зависимости от проводимой медикаментозной терапии. Так, у них ограничена повседневная деятельность, снижен уровень общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. В психоэмоциональном статусе преобладают: меланхоличность, сенситивность, повышенная тревожность, неустойчивость настроения и эмоциональная лабильность, неустойчивость самооценки, склонность занимать пассивно страдательную позицию, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность и подвластность средовым воздействиям, повышенная

чуткость к опасности. Пациенты с РА, получающие наряду с метотрексатом терапию моноклональными антителами к ФНО-альфа (инфликсимаб) оценивают свое состояние как более благополучное. Уровни депрессии и тревоги также не зависели от длительности, активности, стадии РА, степени функциональной недостаточности суставов.

Следовательно, у пациентов с РА при значительном снижении уровня КЖ выявлены особенности психоэмоционального статуса, требующие коррекции с помощью психотерапии и фармакотерапии. Применение инфликсимаба в лечении РА сопровождается улучшением оценки состояния пациентов в целом. С целью определения оптимальных схем коррекции выявленных нарушений, улучшения эффективности комплексных лечебных мероприятий необходимо дальнейшее изучение психоэмоционального статуса больных с РА.

Литература

- Багирова, Г.Г. Избранные лекции по ревматологии / Г.Г. Багирова // Учебная литература для слушателей последипломного профессионального образования врачей. – М.: Медицина, 2008. – С. 63–94.
- Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В.Б. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. – 376 с.
- Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев // Пособие для врачей. – СПб., 2005. – С. 31.
- Ковпак, Д.В. Тревожно-депрессивный синдром у больных ревматоидным артритом / Д.В. Ковпак, В.А. Львовская / Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний // Всеарм. науч.-практ. конф. – СПб., 2005. – С. 53–55.
- Коршунов, Н.И. Ревматоидный артрит / Н.И. Коршунов // Акт. вопр. терапии. – Ярославль-Рыбинск, 2004. – С. 163–195.
- Лила, А.М. Ревматоидный артрит. Современная терапия / А.М. Лила, В.И. Мазуров // Aqua Vitae. – 2000. – № 1. – С. 12–16.
- Насонов, Е.Л. Психосоциальные аспекты ревматических заболеваний. Ревматология / Е.Л. Насонов [и др.] // Нац. рук-во. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – С. 674–678.
- Насонов, Е.Л. Ревматоидный артрит / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Р.М. Балабанова // Нац. рук-во. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 290–331.
- Ташлыков, В.А. Депрессивные расстройства и их коррекция при ревматоидном артрите. Актуальные проблемы ревматологии / В.А. Ташлыков // Мат. 8 Северо-Западной науч.-практ. конф. по ревматологии. – СПб., 2008. – С. 141–142.
- Тухтарова, И.В. Соматопсихология / И.В. Тухтарова, Т.З. Биктимиров // Хрестоматия. – Ульяновск: УлГУ 2005. – С. 373–390.
- Фоломеева, М.О., Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США / М.О. Фоломеева, Е.А. Галушко, Ш.Ф. Эрдеc // Науч.-практ. ревматология. – 2008, № 4. – С. 4–13.
- Цепкова, А.А. Характеристика русской версии краткой формы опросника оценки качества жизни больных ревматоидным артритом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Цепкова. – СПб.: ВМедА, 2003. – С. 24.
- Ang, D.C. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis / D.C. Ang [et al.] // J. rheumatology. – 2005. – Vol. 32. – P. 1013.
- Bradley, L.A. Psychosocial factors and rheumatic disease / L.A. Bradley // Up To Date. – 2005. – 115 p/
- Levenson, J.L. Psychiatric issues in rheumatology / J.L. Levenson // Primary psychiatry. – 2006. – Vol. 13, № 11. – P. 23–27.
- Zung, WW. A self-rating depression scale. Archives of general psychiatry / WW. Zung. – 1965. – Vol. 12. – P. 63–70.
- Zung, WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics / WW. Zung. – 1971. – Vol. 12. – P. 371–379.

A.V. Tsygan, N.N. Baurova, Yu.B. Schulman, E.N. Tsygan, V.V. Tyrenko, V.K. Shamrey

Features of the psychoemotional status of patients with rheumatoid arthritis

Abstract. In the spent research at all patients with rheumatoid arthritis decrease in a degree of quality of life without dependence from spent medicamentous therapy is revealed. Level of depression of patients with rheumatoid arthritis did not depend on received medicamentous therapy, activity, a stage, degree of functional insufficiency of joints that confirms representation about rheumatoid arthritis as classical a variant of psychosomatic disease. Patients with rheumatoid arthritis, accepting a methotrexate + infliximab estimate the condition, than patients receiving as basic monotherapy by a methotrexate is better. It is connected with features of fast anti-inflammatory effect of biological therapy.

Key words: features of the psychoemotional status, rheumatoid arthritis, alarm, depression, quality of life, a methotrexate, remicade.

Контактный телефон: +7-921-759-06-11; e-mail: tanava2009@gmail.com